

**地域医療連携室 FAX 078-371-2726**

TEL 078-371-1203（代表）

《紹介元データ》

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
住所 〒	
TEL	診療科 _____
返信先 FAX	医師名 _____

《患者さんデータ》

氏名	フリガナ	性別	生年月日
		男 女	M T S H 年 月 日 ( 歳)
希望 医師	なし ・ あり 【泌尿器科】 山道 深 / 坂本 茉莉子 / 山下 真平 / 堀越 幹人 / 西岡 遵 【腎内科】 吉矢 邦彦 / 高瀬 重昭		
医師同士の相談	有 ・ 無	原泌尿器科 受診歴	なし ・ あり ・ 不明 診察券 ID ( )
受診希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日 □ 希望日なし □ 都合の悪い日 ( )		
持参資料	なし ・ あり X線 ・ CT ・ MR ・ 内視鏡 ・ 超音波 ・ 心電図 ・ 検査記録 ・ その他 ( )		
患者さんの状況	貴院にて外来待機中	貴院にて入院中	帰宅されて連絡待ち
紹介目的	※ 簡単に結構ですのでご記入願います。 1. 治療 2. 検査 3. その他		
特記事項	※ ADL・移動方法など		

CT検査（CT検査予約の場合には、該当項目に必ず口を記入してください）

検査 部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影			
感染症	<input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 不明			
所見	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
保険	保険者番号		記号・番号	1. 本人 2. 家族
保険 併用	負担者番号		受給者番号	種別
				老・乳・( )

※ 予約受付完了後、ご予約受付票を FAX いたします。

※ FAX は 24 時間受付しておりますが、受付時間（平日 月-金 8:30~16:30）以降のお申し込みは、翌業務日以降のお返事となります。ご了承ください。